

LES
ARTHRITES CERVICALES
INFECTIEUSES



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Septembre 1919

PAR

Jean HUERMAND

Né à Sarzeau (Morbihan), le 10 avril 1892

PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, professeur.		
		GAUSSEL, agrégé.		
		EUZIERE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LES

ARTHRITES CERVICALES

INFECTIEUSES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 17

LES
ARTHRITES CERVICALES
INFECTIEUSES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Septembre 1919

PAR

Jean HUERMAND

Né à Sarzeau (Morbihan), le 10 avril 1892

PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, professeur.		
		GAUSSEL, agrégé.		
		EUZIERE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (☼).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N....
Clinique médicale.....	N....

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS ().*

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O * ☼) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ☼, a.l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON * ☼ docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL * ☼.	J. DELMAS (☼).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse :

MM. MASSABUAU, professeur, président		MM. GAUSSEL, agrégé.
DUCAMP, professeur.		EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SOEURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

J. HUERMAND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES

J. HUERMAND.

LES

ARTHRITES CERVICALES

INFECTIEUSES

INTRODUCTION

On englobe sous le nom de « pseudo-mal de Pott rhumatismal », des affections du rachis bien différentes du rhumatisme, en particulier des arthrites infectieuses fréquentes au niveau de la région cervicale.

Le rhumatisme paraît d'ailleurs se localiser très rarement au niveau du rachis, seul le rhumatisme musculaire paraît être quelquefois rencontré et son existence est même mise en doute par certains auteurs, en tous cas son domaine se réduit de plus en plus, au profit des myosites banales ou par propagation (dans les adéno-phlegmons, les parotidites, la mastoïdite de Bezold), des myosites spécifiques, etc.

Le plus souvent, ce pseudo-rhumatisme musculaire n'est qu'une contracture réflexe due à une arthrite cervicale. On

a trop tendance, en clinique, à penser dans ces cas soit au rhumatisme, soit à la tuberculose vertébrale, lorsqu'un enfant présente un torticolis récent et douloureux. M. le professeur Estor a souvent l'occasion d'attirer l'attention des élèves sur ces sujets qui, envoyés avec le diagnostic de mal de Pott et chez lesquels on a posé un pronostic sérieux, guérissent en quelques semaines par l'immobilisation.

Il faut donc bien connaître ces arthrites infectieuses non tuberculeuses pour éviter des erreurs de diagnostic et de pronostic.

HISTORIQUE

Les arthrites non tuberculeuses du rachis sont connues depuis longtemps. Lannelongue, dans ses Leçons cliniques, et dans une série de publications, et A. Broca, les ont bien étudiées.

C'est Delpech qui paraît en avoir parlé le premier et, dès 1838, Stromeyer les a séparées des torticolis musculaires en montrant à l'aide de trois cas qu'il peut y avoir des lésions des articulations rachidiennes.

Le rhumatisme des articulations vertébrales a été décrit par Bouvier dans ses Leçons cliniques (1840), et Depaul, en 1844 leur consacre sa thèse d'agrégation.

Les thèses de Musson (1867), et de Couillard-Labarnotte (1869) contiennent des indications précieuses sur ces arthrites, et Dally, en 1875, décrit l'arthrite occipito-atloïdienne.

Une intéressante clinique de Grancher (1888) est aussi à citer.

Mais c'est Lannelongue qui s'attache surtout à leur étude, dans ses Cliniques de l'hôpital Trousseau (1894), dans ses Leçons sur la tuberculose vertébrale, publiées par Ménard, il écrit leurs signes cliniques, signale leur fréquence et les points essentiels de leur diagnostic avec le mal de Pott.

Broca, dans le *Bulletin médical* de 1894 et dans ses Leçons cliniques de chirurgie infantile (1902) précise le tableau clinique à l'aide de ses observations et reprend l'importante question du diagnostic.

Ardin-Delteil, dans de nombreuses publications, étudie les lésions et les signes cliniques de spondylites infectieuses, et dans le *Journal médical français* (1912), met complètement la question au point.

ETIOLOGIE

Les arthrites non tuberculeuses du rachis siègent au niveau de la région cervicale, elles s'observent dans deux conditions différentes :

1° Au cours ou au déclin des *maladies générales* (scarlatine surtout, rougeole, variole, rhumatisme) ;

2° Comme complication d'*affections locales* (angines, anthrax, adéno-phlegmon, etc., etc.

1° *Maladies générales.* — Les fièvres éruptives sont fréquemment en cause, ce qui explique que ce sont les enfants qui sont le plus souvent frappés.

La scarlatine paraît la fièvre éruptive rencontrée avec le plus de fréquence à l'origine de ces arthrites. Ce point a été mis en valeur par les observations de Lannelongue et de Broca, mais la rougeole, la typhoïde, toutes les infections générales peuvent donner des phénomènes douloureux et du torticolis, soit au cours de la maladie, soit à son déclin.

Sous le nom de torticolis rhumatismal ou d'arthrite vertébrale rhumatismale, on décrit une forme de torticolis douloureux survenant chez des enfants dont les parents présentent de lourds antécédents de rhumatisme ou d'ar-

thritisme et ces enfants ont souvent présenté des crises rhumatismales. Mais nous avons indiqué que le rhumatisme était loin d'être toujours en cause.

2° *Affections locales.* — Toute lésion infectieuse locale peut par propagation de proche en proche être suivie d'une arthrite cervicale. Chez deux petits malades du service de M. le professeur Estor, l'affection fut consécutive dans un cas à un anthrax de la nuque, dans un deuxième cas à une angine.

On a aussi observé des arthrites consécutives à des adénites aiguës, à des adéno-phlegmons, des mastoïdites (sur-tout la mastoïdite de Bezold, etc.).

Vignard et Labeyrie, Ardin-Delteil, ont observé des infections vertébrales consécutives à un panaris. Ici c'est par la voie sanguine, comme dans les infections générales, que se fait l'infection vertébrale et non par propagation. Le froid a été souvent invoqué comme cause favorisante.

CLINIQUE

La description des signes cliniques est importante car c'est sur eux que se base le diagnostic. On peut diviser en trois périodes, la marche de l'affection :

- 1° Début;
- 2° Phase aiguë;
- 3° Phase chronique.

1° DÉBUT. — Le mode de début est totalement différent de celui du mal de Pott. L'arthrite vertébrale se développe en général insidieusement, lentement et les cas aigus sont rares; ici, au contraire, le début est brusque, il n'est pas rare d'observer chez des malades le développement en quelques heures, en une nuit, du tableau symptomatique complet: douleurs, rigidité, contracture, déviation de la tête et notre observation II en constitue un exemple typique

2° PHASE AIGUE. — Dans la forme rhumatismale, on observe de la fièvre, de la céphalée, mais ce sont les symptômes locaux qui dominent la scène: douleur, attitude vicieuse.

a) *Douleur.* — Elle est vive et sa localisation en des points précis est intéressante pour le diagnostic; nous y reviendrons.

Les indications à distance (moignon de l'épaule et même membre supérieur), ne sont pas rares et comme toute douleur vive, elle s'accompagne de rigidité. Le malade a un aspect figé, il évite toute mobilisation de sa colonne vertébrale douloureuse.

Le siège des douleurs est caractéristique, elle peut être réveillée par la pression sur les apophyses épineuses et, dans certains cas d'arthrite cervicale, par le toucher pharyngien, mais la douleur à la pression des apophyses épineuses *peut faire défaut* et comme l'a bien montré Lannelongue, les points les plus sensibles siègent sur les *parties latérales* du rachis, au *niveau des articulations vertébrales*.

Dans un cas observé par Lannelongue, c'était du côté gauche presque exclusivement que le malade souffrait depuis la troisième jusqu'à la sixième cervicale.

« Le malade, dit Aumeau, dans un cas qu'il a observé, accuse une vive douleur à la pression sur les masses latérales du côté gauche de la partie moyenne de la colonne cervicale ».

Le siège de prédilection des arthrites vertébrales serait les articulations de la troisième et de la quatrième cervicales.

b) *Attitude vicieuse*. — Elle est caractéristique et reconnaît pour cause la douleur que réveillent tous les mouvements de la colonne vertébrale: le malade se présente avec un aspect soudé, avec une raideur du rachis comparable à celle des pottiques. Comme le siège des arthrites est cervical, le malade vient le plus généralement consulter pour un torticolis douloureux, torticolis que l'on doit différencier immédiatement des torticolis musculaires pour l'indolence relative du sterno-cléido-mastoïdien comparée à la douleur vive occasionnée par la pression sur la partie latérale du rachis.

Renaud, dans sa bonne étude de la forme rhumatismale, distingue :

— Un type supérieur se passant dans l'articulation de l'atlas et de l'axis.

— Un type antérieur, quand ce sont les articulations des corps vertébraux qui sont touchées.

— Un type inféro-latéral, dû à l'arthrite des apophyses articulaires.

De quel côté se fait la déviation ? On croyait tout d'abord que la tête s'inclinait du côté malade entraînée par la contracture musculaire. On tend plutôt à admettre que le malade par contracture réflexe des muscles du côté opposé tendrait à relâcher les articulations des apophyses articulaires du côté malade.

Redard admet que, par suite de la contraction musculaire, les arthrites vertébrales peuvent créer un *torticolis postérieur*, intéressant les muscles de la nuque et caractérisé cliniquement par un renversement de la tête en arrière, avec ou sans inclinaison latérale.

Dans la grande majorité des cas, l'affection est de courte durée et la guérison arrive à la fin de la période aiguë, mais les douleurs peuvent diminuer d'intensité et l'arthrite passer à la chronicité, elle soulève alors des problèmes de diagnostic plus délicat et son pronostic devient plus sérieux.

3° PHASE CHRONIQUE. — Avec les phénomènes douloureux, la raideur du rachis diminue et quelques mouvements encore limités, apparaissent.

Le tableau clinique est celui d'un torticolis banal dont on peut retrouver facilement l'origine par les commémoratifs et par la douleur à la pression sur les côtés du rachis.

« Les phénomènes qui se montrent dans la forme chronique de l'arthrite cervicale rhumatismale sont : une dé-

formation et une attitude de la région cervicale simulant celle du mal de Pott, avec contraction des muscles postérieurs et quelquefois du sterno-cléido-mastoïdien ; une douleur à la pression sur une zone déterminée du rachis, des douleurs périphériques spontanées dans les régions voisines, l'épaule et quelquefois les membres supérieurs ; enfin un léger empâtement du côté des articulations atteintes. Tous ces signes existent d'une manière permanente, sans réaction fébrile appréciable » (Lannelongue).

A ce moment, il est capital d'appliquer un traitement, car si l'affection est abandonnée à elle-même une période de *déformation* peut succéder à la période d'attitude vicieuse.

Les rétractions musculaires des atrophies, des adhérences et même l'ankylose (éventualité rare), viennent fixer le rachis.

Dans l'observation IV, une jeune fille de 15 ans, observée par Broca, présentait un torticolis très accentué, de la scoliose dorsale manifeste, après redressement sous chloroforme et application de deux appareils, la difformité fut corrigée en partie, mais quoique notablement moindre qu'au début, elle persistait cependant à un degré suffisant pour être fort disgracieuse. Et Broca ajoute : « Une amélioration ultérieure n'est pas à espérer car il semble bien qu'il y est un peu de déformation dans les surfaces articulaires et surtout il s'est produit une atrophie complète du muscle sterno-mastoïdien droit ».

Dans un autre cas (observation V), Broca put obtenir un redressement excellent et il ne persista qu'une légère raideur du cou.

PRONOSTIC

Le pronostic est donc bénin en général « c'est le triomphe des rebouteurs » qui guérissent ces maux de Pott (?) en quelques jours, mais il faut tenir compte du passage possible à la chronicité et des déformations persistantes qui ont été observées. Il est juste de dire que c'est exceptionnel.

Un autre point est à signaler, comme ces arthrites surviennent au cours de maladies infectieuses, on peut observer les diverses complications des maladies infectieuses, nous ne pouvons insister sur ce point.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile si on pense à la possibilité de cette complication au cours des fièvres éruptives et des affections locales infectieuses. Le début brusque de l'affection, son allure aiguë, son siège latéro-vertébral ne permettent pas l'erreur.

1° Cependant, on pose assez fréquemment le diagnostic de *mal de Pott*, il importe donc de bien préciser ces signes distinctifs de ces deux affections : dans notre observation première, on pourrait penser à une arthrite tuberculeuse, puisque la mère était morte de tuberculose et que le malade avait perdu deux frères à 2 ans et à 3 ans.

Mais le mal de Pott a un début rarement aigu, c'est une affection insidieuse et progressive, son torticolis s'installe lentement. Lorsque l'arthrite tuberculeuse est arrivée à la période d'état, la douleur est profonde, moins exquise. Les douleurs spontanées sont rares et elles sont calmées rapidement par la position couchée. L'atrophie musculaire est moindre et plus tardive.

La déviation est, en général, antéro-postérieure, tandis que dans les arthrites de Landouzy, c'est une scoliose.

Enfin, le mal de Pott peut se compliquer d'abcès froids qui signent le diagnostic.

2° *La névralgie spinale de Brodie* ou pseudo-mal de Pott hystérique n'est pas rare, cette affection a été bien étudiée dans la thèse d'Albergnié, faite dans le service de M. le professeur Estor.

Le début de la névralgie spinale est brusque, elle apparaît sans cause apparente, sans température, chez les sujets du sexe féminin présentant des signes de névrose, zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, paraplégies, contractures fugaces, etc. La douleur n'est pas limitée et, caractère important, elle est superficielle, à fleur de peau. Le sujet souffre plus lorsqu'on frôle les téguments qu'à la pression profonde.

S'il existe du torticolis, il peut relever de deux origines :

a) *Paralysie*. — La tête est inclinée sur le côté opposé à la paralysie, elle se laisse relever avec la plus grande facilité, mais retombe aussitôt.

b) *Contracture*. — La raideur est alors extrême, mais elle disparaît totalement sous anesthésie.

3° *La syphilis vertébrale* est une affection de l'adulte (pseudo-mal de Pott syphilitique) ; le sujet présente des antécédents syphilitiques et souvent, avec les signes vertébraux on note l'existence de lésions spécifiques (syphilis osseuse, gommès, céphalée, etc.). La réaction de Wassermann ne doit pas être négligée.

La syphilis vertébrale évolue lentement, sans phase aiguë, les douleurs sont surtout nocturnes et exacerbées pendant la nuit. Enfin, les déformations sont caractéristiques si elles existent, on reconnaît en effet non pas une déviation simple du rachis, mais des ostéophytes, des masses osseuses très irrégulières.

4° Les diverses variétés de *torticolis congénital et obsté-*

trical se reconnaissent aux commémoratifs et à leur indolence.

5° Le *torticolis musculaire rhumatismal* est facilement différencié par le siège des douleurs localisées dans les muscles et non sur les parties latérales du rachis. Ce rhumatisme paraît d'ailleurs rare. Pour Renaut, ce rhumatisme est rare: « Le rhumatisme musculaire classique affecte trois régions: le cou, les lombes et l'épaule; or, il serait bien étonnant, alors qu'on ne décrit pas de contraction rhumatismale d'un muscle isolé ou d'un groupe musculaire de la face ou du bras survenant brusquement à l'occasion d'un refroidissement, et ces muscles sont cependant exposés aux brusques variations de la température, il serait étonnant, dis-je, que les muscles de ces trois régions: cou, lombes, épaules, fussent les seuls à se contracturer sous l'influence du rhumatisme. D'autre part, ces trois régions sont toutes périarticulaires, voilà une coïncidence propre à faire *douter* du rhumatisme articulaire ».

Les lésions primitives des muscles, dit Nové-Josserand, après avoir occupé la première place dans la pathologie du torticolis acquis, ont aujourd'hui perdu une grande partie de leur importance. Il est d'abord très douteux que les lésions traumatiques des muscles puissent, dans les circonstances ordinaires, déterminer un torticolis permanent. On n'admet pas davantage que l'inflammation primitive des muscles soit la cause du torticolis aigu, subaigu ou chronique d'origine rhumatismale. La contracture douloureuse des muscles qui en est le signe le plus frappant, est considérée aujourd'hui comme l'expression symptomatique d'une arthrite cervicale.

Le domaine du torticolis musculaire se trouve ainsi réduit aux rares cas de myosites primitives dues à des infec-

tions banales ou à la syphilis et aux myosites secondaires par propagation, des inflammations développées dans d'autres organes du cou, adéno-phlegmons, abcès rétro-pharyngiens, mastoïdites de Bézold, parotidites, etc., et encore, dans ces cas, faut-il faire évidemment une part à la contracture réflexe des muscles, qui a pour but d'immobiliser la région malade et d'atténuer la douleur.

6° L'examen du malade permet d'éliminer la *mastoïdite* (Broca) par l'évolution fébrile, le siège de la douleur au niveau de la mastoïde empâtée.

7° Il en est de même de l'*adénite* où il est facile de retrouver une masse empâtée et douloureuse caractéristique.

8° L'*entorse vertébrale* serait plus difficile à différencier, car elle a les mêmes signes que l'arthrite infectieuse, mais la notion d'un traumatisme récent, d'un mouvement forcé facilitent le diagnostic.

9° Il en est de même pour la *luxation vertébrale* où en plus on trouve, à l'examen, une déformation caractéristique du rachis que la *radiographie* permet de préciser exactement.

10° L'*arthrite sèche déformante* de l'adulte enfin n'est pas douloureuse et évolue lentement.

Avec Monchet, nous signalerons que les *sarcomes périostiques* de la base du crâne peuvent être une cause d'erreur que l'on élimine par la radiographie et par l'impossibilité d'amener une sédation pour l'extension continue.

TRAITEMENT

Le traitement doit être d'abord causal.

C'est le traitement général des fièvres éruptives ou rhumatismes (antithermiques, salicylate de soude), c'est le traitement rationnel des affections locales susceptibles de se compliquer d'arthrite vertébrale (angines, anthrax, etc.)

Le traitement symptomatique diffère dans les cas aigus et dans les cas chroniques et suivant qu'il y a ou non attitude vicieuse.

I. — CAS AIGUS

a) *Il n'y a pas d'attitude vicieuse.* — Il faut immobiliser le rachis et le décubitus dorsal peut suffire dans la majorité des cas.

L'extension continue constitue un excellent moyen de traitement, mais il est parfois mal supporté au début. Le massage, qui a été préconisé, ne peut pas être indiqué pas plus que la mobilisation dans la phase aiguë de l'affection.

b) *S'il existe une attitude vicieuse.* — Il faut faire le redressement et maintenir le rachis en bonne position.

Le redressement est, en général facile, mais, l'intensité

des douleurs nécessite le plus souvent l'anesthésie générale. L'extension continue permet, par le redressement lent, d'éviter l'anesthésie.

Lorsque l'attitude vicieuse est corrigée, il faut maintenir cette correction, soit par l'extension continue, soit par l'application d'une minerve plâtrée. Les douleurs sont généralement calmées par cette immobilisation en bonne position qui supprime les contractures et évite les déformations toujours possibles dans les arthrites vertébrales infectieuses.

II. — CAS CHRONIQUES

Si le malade arrive avec une arthrite ancienne en mauvaise position ou avec déformation, il faut, sous anesthésie générale, obtenir une correction aussi parfaite que possible et appliquer une minerve plâtrée.

Plusieurs appareils sont parfois nécessaires, comme le prouve la lecture des observations et, dans quelques cas même, on a été obligé de recourir à des ténotomies pour obtenir le redressement de déviation très ancienne, éventualité rare.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

G. C..., âgé de 12 ans, habitant Faugères (Hérault), entre le 13 mars 1914, dans le service de M. le professeur Estor, pour torticolis.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 35 ans de tuberculose pulmonaire. Deux frères morts, âgés l'un de 2, l'autre de 3 ans.

Antécédents personnels. — Coqueluche à 8 ans. Le petit malade s'enrhume facilement, il a eu plusieurs bronchites.

Le début de la maladie actuelle remonte au 5 janvier 1914. L'enfant assistait ce jour-là à un enterrement, il y eut froid et, dans le courant de l'après-midi, se plaignit de vives douleurs dans la région cervicale.

Un anthrax se développe à ce niveau; il est soigné par la grand'mère à l'aide de cataplasmes de miel et de farine.

On va chercher un médecin au bout d'un mois seulement, parce que le petit malade ne peut tourner le cou.

L'enfant est alors envoyé à l'hôpital.

A l'examen, son état général est excellent.

La tête est inclinée sur l'épaule gauche, en légère rotation vers la droite.

La palpation montre qu'il n'y a ni contracture, ni rétraction musculaire. La pression révèle de la douleur au niveau des troisième et quatrième apophyses cervicales. Il n'existe en ce point aucune tuméfaction. La palpation des corps vertébraux par le toucher buccal n'est pas douloureuse.

Les mouvements spontanés sont très limités. Les mouvements provoqués le sont aussi, en particulier les mouvements d'extension et de rotation.

Le malade est laissé au repos dans le décubitus dorsal.

Le 3 avril 1914, la douleur à la pression a disparu complètement. Les mouvements sont encore en partie limités, mais ils sont plus étendus qu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

On continue le décubitus dorsal et le malade mobilise sa tête de plus en plus facilement. Il sort complètement guéri le 14 mai 1914.

OBSERVATION II

D. T..., âgée de 9 ans, habitant Salces (Pyrénées-Orientales), entre, le 5 mai 1914, dans le service de M. le professeur Estor, pour torticolis douloureux.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'embolie *post-partum*.

Antécédents personnels. — Rougeole.

Le début de la maladie actuelle remonte à trois semaines, l'enfant fit une angine de deux jours avec fièvre. Il y a vingt jours s'étant couchée en bonne santé, elle s'éveilla le

lendemain matin, avec un torticolis et des douleurs dans la nuque. Depuis, la déviation de la tête augmente.

A l'examen, l'enfant présente un bon état général, sa tête est inclinée sur l'épaule gauche, elle est figée et ne peut exécuter spontanément que des mouvements très limités.

Les mouvements provoqués sont également très limités et douloureux. Les premières vertèbres cervicales sont très sensibles à la pression. La face antérieure des corps vertébraux est indolore au toucher buccal.

La petite malade laissée au repos au lit dans le décubitus dorsal voit son état s'améliorer très rapidement et, le 10 mai, le torticolis a disparu, les mouvements de la tête ont gagné en amplitude. Le 15 mai, la malade tourne la tête, la fléchit et l'étend sans difficulté et sans douleur. Il reste cependant un point douloureux à la pression.

Le 20 mai, la douleur à la pression a presque complètement disparu, tous les mouvements de la tête sont exécutés avec facilité.

La malade sort, le 3 juin, complètement guérie.

OBSERVATION III

(Broca. — Résumé)

Fillette de 12 ans et demi, malade depuis trois semaines; brusquement, au milieu de la nuit, elle avait été prise de douleurs, extrêmement vives, dans le côté droit du cou et, en même temps, se manifestait une raideur de la tête, à laquelle ne pouvait être imprimé aucun mouvement volontaire. A ce moment, la peau était couverte d'une sueur profuse, puis elle devint brûlante et l'enfant eût un accès de

fièvre avec délire, si bien que sa mère crut à un début de méningite. Elle fit incliner la tête de sa fille sur le côté malade, soi-disant pour la redresser, et le lendemain matin, elle constata que le cou était nettement incliné à gauche. A ce moment, l'enfant présenta une douleur aiguë dans l'oreille gauche. Depuis l'âge de 3 ans, elle ressentit plusieurs fois de semblables douleurs; à l'âge de 9 ans, un abcès s'est déclaré au niveau de l'oreille droite. L'examen est négatif actuellement.

La veille du jour où la contracture du cou s'était montrée pour la première fois, l'enfant eût un mal de gorge qui dura huit jours et ne fut pas soigné. Aucun ganglion cervical engorgé ou douloureux, ni même appréciable à la palpation.

Les souffrances s'éveillaient quand la malade voulait reposer la tête sur l'oreiller, jusqu'à ce que le contact fut établi, puis cessaient alors. De même, lorsque l'enfant quittait l'oreiller, jusqu'à ce que la verticale fut atteinte.

Pendant les premiers temps, la déviation était assez mobile, la tête s'inclinait tantôt à droite, tantôt à gauche. Elle ne s'était fixée à gauche que depuis quatre jours.

Enveloppement ouaté du cou.

Au bout d'une dizaine de jours, l'enfant fut ramenée en voie d'aggravation: les douleurs étaient vives, le cou était plus dévié. Après redressement sous chloroforme, on applique un appareil plâtré prenant la voûte du crâne et le cou.

Pendant quelques jours encore, tout en restant apyrétique, l'enfant continua à souffrir; mais bientôt les symptômes s'amendèrent, puis l'indolence devint parfaite. De propos délibéré néanmoins, l'immobilisation fut prolongée..

La guérison fut obtenue en bonne attitude, les vertèbres n'étaient pas déformées, les muscles n'étaient ni atrophiés,

ni contracturés, les parties molles étaient souples, toute la région était indolente spontanément, à la pression et aux mouvements, qui avaient recouvré leur amplitude normale.

OBSERVATION IV

(Broca. — Résumée)

Jeune fille de 15 ans, amenée à l'Hôpital Trousseau, en décembre 1892, en attitude très prononcée de torticolis sterno-mastoïdien droit, la tête étant inclinée sur l'épaule gauche, étendue et en rotation, la face regardant à droite. Mais un examen très rapide démontrait que le rachis était en cause. Indolente quand elle était au repos, la colonne cervicale formait à la région latérale droite de la nuque une saillie sur laquelle la pression était douloureuse, et surtout, toute tentative de redressement, éveillait de vives souffrances. La douleur portait sur les troisième et quatrième vertèbres.

Le père était cardiaque à la suite d'un rhumatisme aigu franc, la mère était arthritique et nerveuse, ainsi que toute la famille. La malade, elle-même, très nerveuse, avait eu, à l'âge de 4 ans, une poussée d'érythème noueux, avec fièvre, mais sans phénomènes articulaires. Son affection actuelle avait un an de date, sans cause appréciable, l'enfant avait été atteinte de douleurs articulaires et musculaires, dans les deux membres supérieurs, dans le gauche surtout et dans la nuque. Puis la tête prit peu à peu la position vicieuse en torticolis sterno-mastoïdien gauche, mais cette fois ce fut pour disparaître au bout de quelques semaines, sous l'influence d'un simple traitement interne par le sirop d'iodure de fer.

Il y a trois mois, nouvelle atteinte, traitée par l'électrisation. De là une amélioration lorsqu'il y a huit jours, à la suite d'un refroidissement, la position vicieuse s'est reproduite comme au début.

Enveloppement ouaté du cou, trois bains sulfureux par semaine et, à l'intérieur, 2 grammes de salicylate de soude par jour.

Au bout d'un mois, aucune amélioration. Le 11 janvier 1893, extension continue. Peu à peu, on obtient un certain degré de redressement sans pouvoir parvenir à la correction parfaite de la difformité. Le 24 mars, un appareil plâtré fut appliqué. A cette date, le torticolis était encore fort accentué et se compliquait d'une scoliose dorsale manifeste, atténuée, mais non entièrement redressée par la suspension. Le redressement fut obtenu sous chloroforme.

L'enfant fut ramenée à diverses reprises. Le premier appareil resta en place trois mois, un deuxième fut appliqué encore sous chloroforme. *Finalement, le résultat a été assez bon et la difformité est notablement moindre qu'au début; elle persistait cependant à un degré suffisant pour être fort disgracieuse*, lorsque la malade fut revue pour la dernière fois en janvier 1894.

Une amélioration ultérieure n'est pas à espérer car il semble bien qu'il y a un peu de déformation des surfaces articulaires et surtout il s'est produit une atrophie complète du muscle sterno-mastoïdien droit. Les troubles fonctionnels sont d'ailleurs nuls; il n'est plus question de douleurs, spontanées ou provoquées. D'autre part, il n'y a aucun empâtement des parties molles.

OBSERVATION V

(Broca. — Résumée)

Fillette de 8 ans, à antécédents héréditaires nuls, toujours chétive; venue au monde à 7 mois, elle dut être élevée dans la couveuse, marcha tard, eut des bronchites répétées et la rougeole à 5 ans. En juillet 1892, ce fut le tour de la scarlatine au décours de laquelle des douleurs articulaires sont survenues dans les jointures des membres supérieurs, principalement dans les poignets et les coudes; le gonflement était peu marqué, mais la fièvre était assez forte. Puis les douleurs se sont localisées aux vertèbres cervicales et bientôt la tête s'est mise en position vicieuse, inclinée sur l'épaule gauche, avec rotation de la face du côté opposé. L'enfant fut à cette époque soignée par le salicylate de soude, puis on l'envoya passer trois mois à la campagne.

Lorsqu'elle en revint, l'état général était satisfaisant, mais le torticolis persistait, et, au bout d'un mois, on se décidait à nous amener la malade à l'hôpital. Je constatais alors une contracture légère du sterno-mastoïdien gauche; la difformité cervicale était cependant très accentuée; du côté des masses latérales des vertèbres cervicales moyennes, on provoquait une douleur par la pression et, plus encore, par les tentatives de redressement. Aucun empâtement des parties molles.

Comme les lésions me paraissaient d'intensité médiocre, je crus que je pourrais m'en tenir au traitement simple par l'enveloppement ouaté, et, en effet, au bout d'un mois, à la date du 4 décembre 1892, l'amélioration de l'attitude

était fort nette, sans que cependant la rectitude fut parfaite et les pressions, les tentatives de redressement étaient devenues indolores.

Retour offensif en janvier 1893, extension continue, puis, la déviation étant sensiblement corrigée, minerve plâtrée. Second appareil le 24 mars, il resta en place un mois. À ce moment, la guérison était obtenue, avec persistance d'une légère raideur du cou; elle ne s'est pas démentie depuis.

OBSERVATION VI

(Humeau, Thèse Paris, 1896.)

F. E..., âgé de 4 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

La maladie remonte à trois jours. La mère s'est aperçue que son enfant avait de la fièvre et présentait un léger torticolis. L'enfant n'avait pas pris froid, la cause de la maladie est inconnue.

Le 20 août 1894, l'enfant est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau. La tête est inclinée à droite, le menton regardant à gauche. Elle est immobilisée dans cette position par la douleur que réveillent les moindres mouvements spontanés ou provoqués. Il n'y a pas de contraction du sterno-cléido-mastoïdien.

Le malade accuse une vive douleur à la pression sur les masses latérales du côté gauche de la partie moyenne de la colonne cervicale. *La même douleur est réveillée si on presse avec le doigt introduit dans la bouche sur la partie postérieure du pharynx.*

La palpation ne révèle ni empâtement articulaire, ni gon-

flement des ganglions cervicaux. L'état général est bon; il n'y a pas de fièvre.

On soumet le malade à l'extension continue. Le 23 août 1894, l'état est très amélioré. Le malade tient correctement sa tête. Il la meut dans toutes les directions. Toutefois, le mouvement d'extension en arrière est encore un peu limité. Le malade fait alors agir sa colonne dorsale. Il n'y a plus de douleur à la pression des vertèbres cervicales sur leurs masses latérales gauches.

Le malade est donc presque complètement guéri, lorsqu'il quitte l'hôpital le 24 août 1894.

OBSERVATION VII

(Lannelongue)

L..., 9 ans; scarlatine il y a deux mois. Au cours de la fièvre éruptive, est apparue une polyarthrite rhumatismale qui, ayant débuté dans les membres, s'est localisée en deuxième étape dans la tête et le cou.

L'attitude est un véritable torticolis; la tête est inclinée sur l'épaule gauche, mais la face est tournée du côté opposé. C'est pour cette attitude même que la malade nous est amenée.

Les muscles cervicaux gauches sont contractés, douloureux; la tête est inclinée à gauche. Les muscles postérieurs semblent eux aussi tendus, rigides. La douleur à la pression existe sur les parties latérales du rachis, mais du côté gauche presque exclusivement, depuis la troisième jusqu'à la sixième pièce cervicale. A droite, la base du transverse est aussi douloureuse, mais à un degré bien moindre.

Au niveau de l'atlas et de l'axis, la pression ne provoque

pas une réaction douloureuse très nette, mais si nous faisons manœuvrer la tête par rotation dans l'articulation sous-atloïdienne, par flexion ou par l'extension dans l'article sous-occipital, nous réveillons une douleur brusque, intense. Les articulations sous-occipitales participent donc à l'affection l'une et l'autre.

L'examen clinique nous révèle manifestement une arthrite cervicale ayant envahi les articulations supérieure et inférieure de l'atlas ; à ce point de vue, c'est donc une arthrite sous-occipitale.

C'est une arthrite rhumatismale, ainsi que le prouve le début aigu fébrile de l'affection et de sa localisation rachidienne survenant après d'autres manifestations articulaires passagères, alors que celle-ci est tenace.

CONCLUSIONS

I. — Les arthrites infectieuses non tuberculeuses du rachis ne sont pas rares et elles doivent être bien connues pour éviter des erreurs de diagnostic, dont la plus fréquente est leur confusion avec le mal de Pott.

II. — Ces arthrites succèdent, soit à des affections générales : maladies infectieuses, fièvres éruptives (scarlatine particulièrement, rougeole, rhumatisme articulaire aigu), soit à des affections locales (angines, anthrax, adéno-phlegmon).

III. — Elles siègent de préférence au niveau de la colonne cervicale. Elles ont un début brusque et évoluent d'une façon aiguë avec des douleurs vives et des attitudes vicieuses.

IV. — Leur pronostic est bénin elles guérissent en général en quelques semaines, mais elles peuvent devenir chroniques et entraîner des déformations persistantes.

V. — Leur diagnostic est en général facile. Le mal de Pott n'a pas un début aussi brusque, il évolue plus lentement, ses douleurs sont moins exquises, il est progressif, sa déviation est antéro-postérieure et non latérale.

La névralgie spinale de Brodie apparaît brusquement, sans raison apparente, les douleurs ne sont pas localisées, elles sont superficielles, à fleur de peau. Elle s'accompagne de signes d'hystérie.

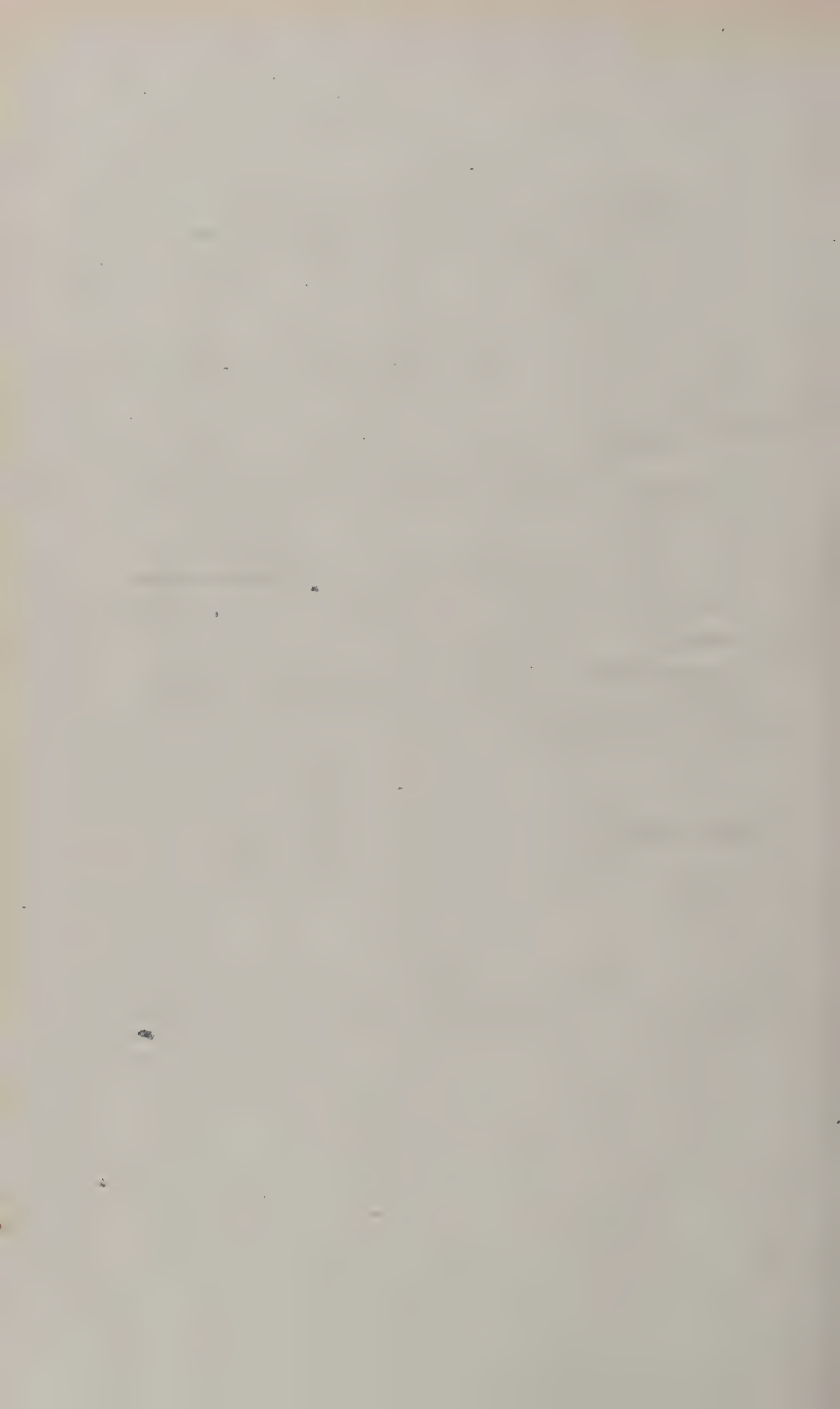
La syphilis vertébrale est une affection de l'adulte, on retrouve des signes de syphilis, son évolution est lente, elle est caractérisée par la présence d'ostéophytes, de saillies osseuses irrégulières.

Le rhumatisme musculaire, la mastoïdite, les adénites, l'entorse avec la luxation vertébrale sont faciles à séparer des arthrites vertébrales.

VI. — Le traitement causal s'adressera aux maladies infectieuses et éruptives et aux affections locales dont l'attitude est une complication.

Le traitement symptomatique se résume dans l'immobilisation en bonne position pour lutter contre la douleur et contre les attitudes vicieuses.

Si celles-ci existent déjà, elles seront corrigées et maintenues réduites soit par l'extension continue, soit par un appareil plâtré.



BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — Névralgie spinale de Brodie. *Progrès médical*, 20 juin 1914.
- Le pseudo-mal de Pott hystérique. *Concours médical*, 15 janvier 1919.
- Le pseudo-mal de Pott syphilitique. *Progrès médical*, 31 mai 1919.
- ARDIN-DELTEIL. — *Journal médical français*, 1912.
- ALBERGNIÉ. — Thèse Montpellier, 1914.
- AUVRAY et MOUCHET. — Maladies du rachis et de la moelle. In Le Dentu et Delbet, XIV.
- BROCA. — *Bulletin médical*, 1894.
- *Leçons cliniques de chirurgie infantile*, 1902, Masson, éditeur.
- BESNIER. — *Dictionnaire Dechambre*, article: rhumatisme.
- BOUCQUEREL. — Thèse de Paris, 1866.
- BOUVIER. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.
- CLAISSE. — Thèse de Paris, 1864.
- COUILLARD-LABONNOTE. — Thèse de Paris, 1864.
- DALBY. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1875.
- *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1875.
- DE SAINT-GERMAIN. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1876.

- DELORE. — *Gazette hebdomadaire*, 1878.
- DEPAUL. — Thèse de Paris, 1844.
- GRANCHER. — *Traité des maladies des enfants*, t. I et V.
— COMBY et MARFAN. — *Bulletin médical*, 1888.
- GUERSANT. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1866.
- HUMEAU. — Thèse de Paris, 1896.
- LAMY. — Thèse de Paris, 1895.
- LANNELONGUE. — Leçons sur la tuberculose vertébrale recueillies par V. Ménard, Paris, 1888, p. 201.
— *Bulletin médical*, 1894.
Bulletin médical, 1895.
— *Revue de médecine*, 1894.
- MARFAN. — *Revue de médecine*, 1894.
- MUSSON. — Thèse de Paris, 1867.
- PHOCAS. — Leçons cliniques de chirurgie orthopédique.
- PICOT. — Thèse de Paris, 1872.
- RENAUD. — Thèse de Paris, 1901.
- REDARD. — Le torticolis et son traitement.
- ROBIN et LONDE. — *Revue de médecine*, 1894.
- SOUQUES. — *Manuel de médecine de Debove et Achard*, article: hystérie.
- VIGNARD et LABEYRIE. — *Archives provinciales de chirurgie*, mars 1909.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 8 octobre 1919.
Le Recteur,
JULES COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 8 octobre 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
